



e-cadernos CES

08 | 2010

Rituais contemporâneos

Rituais de risco e governamentalidade liberal na prevenção do VIH/SIDA

Eunice Seixas



Edição electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/eces/501>

DOI: 10.4000/eces.501

ISSN: 1647-0737

Editora

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

Refêrencia eletrónica

Eunice Seixas, « Rituais de risco e governamentalidade liberal na prevenção do VIH/SIDA », *e-cadernos CES* [Online], 08 | 2010, colocado online no dia 01 junho 2010, consultado a 20 abril 2019.

URL : <http://journals.openedition.org/eces/501> ; DOI : 10.4000/eces.501



RITUAIS DE RISCO E GOVERNAMENTALIDADE LIBERAL NA PREVENÇÃO DO VIH/SIDA

EUNICE CASTRO SEIXAS

CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS, UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Crawford (2004) propõe o conceito de “rituais de risco” para descrever a prática simbólica que visa gerir a “espiral de ansiedade e controlo” vivenciada pelo sujeito contemporâneo, no processo de auto-consciencialização e auto-regulação da saúde. Partindo deste conceito, pretende-se encetar uma análise crítica do modelo de aconselhamento e teste do VIH/SIDA em Portugal, evidenciando formas de governamentalidade liberal ligadas a uma economia política da saúde. Reflecte-se ainda acerca do valor simbólico, da relativa ineficácia e das consequências políticas destes rituais de risco na prevenção do VIH/SIDA.

Palavras-Chave: ritual; risco; governamentalidade liberal; VIH/SIDA; aconselhamento.

INTRODUÇÃO

Estou a sugerir que a fronteira ideologicamente construída e desenhada para conter a ‘responsabilidade’ nos esforços individuais é porosa. A atenção extraordinária dada aos perigos dos estilos de vida não resolve o problema político para a indústria ou o governo. O perigo do perigo é o facto de nenhum interesse ser imune aos efeitos desestabilizadores da ansiedade e do controlo, controlo e mais ansiedade. (Crawford, 2004: 512)¹

Para os sociólogos, os rituais não dizem apenas respeito à religião, mas são práticas simbólicas centrais no quotidiano e relações interpessoais. Se numa concepção clássica, antropológica, os rituais eram sequências de comportamento padronizadas e frequentemente estereotipadas, que marcavam transições políticas, sociais ou pessoais e expressavam valores culturais importantes, os trabalhos de Durkheim (1912) viriam a

¹ Esta, assim como as restantes citações deste artigo, constituem uma tradução livre da autora.

contestar a ideia do ritual como sequência estereotipada de comportamento. Mais tarde Goffman (1967) revelaria a importância dos rituais nas interações quotidianas informais e espontâneas (Palmisano, 2001).

Os rituais são praticados em todas as sociedades e podem ser realizados por indivíduos especialmente qualificados ou por indivíduos comuns; podem ser eventos públicos ou secretos; podem ser realizados para preservar o *status quo* ou para trazer mudança social (Greaves *apud* Payne, 1996).

A saúde é hoje um domínio que mobiliza energias e fomenta vários tipos de práticas simbólicas que visam combater e prevenir doenças e, principalmente, promover o bem-estar subjectivo, a qualidade de vida, a própria esperança de vida. A obsessão contemporânea com a saúde ou *healthism*, proeminente na classe média ocidental, é, segundo Greenhalg e Wesseley (2004), caracterizada por:

Elevada consciencialização e expectativas acerca da saúde, actividades de procura de informação, auto-reflexão, expectativas elevadas, desconfiança em relação aos médicos e cientistas, adopção de estilos de vida saudáveis e frequentemente ‘alternativos’ e uma tendência para explicar a doença em termos de modelos populares e agentes invisíveis tipo germes e ciência malévola. (2004: 210)

Greenhalg e Wesseley (*ibidem*) parecem colocar-se na perspectiva dos profissionais de saúde, a quem esta obsessão pela saúde “causa grande stress”, pela resistência ao modelo biomédico e desconfiança em relação aos peritos (*ibidem*: 210). No entanto, o *healthism* parece constituir-se como um modo de preservar o *status quo*, legitimando a cultura capitalista do consumismo e individualismo (Lupton, 1995).

A promoção da saúde pode ser vista como um ritual contemporâneo informal (não baseado em sequências padronizadas estereotipadas) e realizado em vários contextos (Crawford, 2000). No sentido que Crawford lhe dá, o ritual não serve apenas para preservar o *status quo* ou legitimar “imperativos do sistema”, uma vez que os seus resultados e significados são ambíguos (*ibidem*: 220). Esta conceptualização abre possibilidades de transgressão, de criação de significações alternativas à ordem simbólica, ou de como o ritual pode evidenciar contradições do sistema. Efectivamente, Crawford (*ibidem*: 227) sugere que a promoção da saúde enquanto ritual evidencia o conflito moral moderno entre a negação e o prazer, mas pode também contribuir para a sua subversão, uma vez que utiliza mecanismos de justaposição, de inversão e de ‘máscara’ que podem mudar as inflexões de sentido esperadas.

E é neste ponto que este artigo se enquadra: partindo das propostas conceptuais de Crawford, pretende-se analisar determinadas práticas simbólicas de prevenção da infecção por VIH/SIDA, e mostrar como estas revelam as contradições de uma governamentalidade liberal. Enceta-se uma análise crítica do modelo de aconselhamento e teste do VIH/SIDA vigente em Portugal e da sua lógica e linguagem de controlo de riscos que, numa estratégia neoliberal de criação de sujeitos autoconscientes e autoreguladores, acaba por fomentar “rituais de risco” (Crawford, 2004) ou práticas simbólicas que visam gerir a “espiral de ansiedade e de controlo” (*ibidem*) sentidas pelo sujeito.

Efectivamente, “[...] uma característica distintiva da cultura médica contemporânea é a *escalada de uma espiral de controlo e ansiedade*” (Crawford, 2004: 506). A economia política da saúde com a sua racionalidade técnica ocidental e a sua lógica de controlo de riscos parece gerar mais e não menos insegurança. O autor salienta uma contradição nesta economia política da saúde: uma disjunção entre a ordem simbólica da saúde e a experiência desordenada da tentativa da sua realização, pois a consciência dos riscos e o conhecimento de toda uma série de medidas prescritivas para os gerir, parece aumentar o hiato entre os mesmos e a sensação de que as acções realizadas para promover a saúde são sempre insuficientes.

Sugere-se, neste artigo, que esta disjunção pode observar-se no domínio da prevenção da infecção por VIH/SIDA. Numa perspectiva foucaultiana, conceptualizando o risco como “racionalidade biopolítica”, percebe-se como na securitização da SIDA é a própria linguagem do risco que permite a expansão da economia biopolítica do poder nas relações internacionais, através de agências internacionais como a UNAIDS (Elbe, 2008). A um nível micro, psicossocial, os dispositivos de poder e a mesma racionalidade biopolítica pautam o aconselhamento e teste voluntário do VIH/SIDA.

Este artigo incide portanto sobre o modo como um modelo de aconselhamento psicológico na área da prevenção do VIH/SIDA pode potenciar certos rituais de risco, na concepção de ritual de risco de Crawford, anteriormente referida. Existem outros tipos de rituais de risco relacionados com a infecção por VIH, que não são tratados neste artigo, nomeadamente as práticas de *barebacking* e sobretudo de *bug chasing*, por parte de homossexuais do sexo masculino. A definição destas práticas e a compreensão das mesmas enquanto categorias identitárias dentro da comunidade homossexual não é consensual na literatura (cf. Carballo-Diéguez *et al.*, 2009). Segundo Moskowitz e Roloff (2007), os *barebackers* caracterizam um determinado grupo dentro da comunidade homossexual, que persegue valores próprios, e do qual os *bug chasers* seriam uma subcultura. Se os *barebackers* se envolvem em práticas intencionais de sexo anal

desprotegido, com objectivos de afirmação ou *empowerment* do grupo, os *bug chasers* caracterizam-se por um “desejo activo de contrair voluntariamente o VIH”, procurando parceiros infectados com VIH. Parece haver, nos *bug chasers*, sobretudo nos “ardentes”, uma “obsessão e fascínio pelo VIH” (*ibidem*: 354) e talvez a resignificação do VIH como algo positivo, como um “presente” (*gift*).

Estas práticas e identificações podem ser analisadas enquanto rituais que se insurgem contra a propaganda de sexo seguro e o “saúdismo” e parecem contrariar a racionalidade biopolítica do modelo de redução de riscos aplicado à SIDA. Na lógica do mesmo modelo, estas práticas são associadas a um grupo de “alto risco”, a ser categorizado e delimitado como alvo de intervenções específicas (Carballo-Diéguez *et al.*, 2009). Mas o *barebacking* pode ser compreendido, pelo contrário, como “a adopção de uma forma particular de auto-regulação que resulta da sua localização dentro de uma visão heteropolarizada da sexualidade dos homossexuais do sexo masculino” (Riggs, 2006: 410), uma prática simbólica que se funda portanto, numa visão hegemónica da sexualidade no contexto do risco de VIH, que coloca o sexo no centro da identidade homossexual e o sero-estatuto (diferente vs. igual) como categoria polarizada identificatória fulcral (*ibidem*). Estas questões, não podendo ser tratadas no âmbito deste artigo, revelam contudo importantes possibilidades de pesquisa dentro do tema dos rituais de risco e governamentalidade liberal na prevenção da SIDA.²

1. O PROGRAMA RESPECT

As boas práticas para o aconselhamento e teste voluntário do VIH/SIDA, elaboradas pelo Alto Comissariado da Saúde e a Coordenação Nacional para a Infecção por VIH/SIDA (2008),³ são baseadas numa adaptação do projecto RESPECT, desenvolvido nos EUA pelos CDC (*Centers for Disease Control and Protection*), entre 1993 e 1996 (RESPECT) e 1999-2002 (RESPECT 2). É também neste projecto RESPECT que se apoiam as recomendações globais da UNAIDS, relativamente ao aconselhamento na área do VIH/SIDA, o que indicia o grande peso dos EUA, enquanto Estado doador desta agência especializada das Nações Unidas para lidar com a disseminação internacional da infecção por VIH/SIDA.

² Por exemplo, embora a literatura defina o *barebacking* e *bug-chasing* como práticas simbólicas identificatórias da comunidade homossexual masculina, existem relatos de festas sexuais de “roleta russa”, nomeadamente na Europa de Leste, (cf., por exemplo, <http://www.jutarnji.hr/slovenski-ruket--orgije-s-jednim-sudionikom-zarazenim-hiv-om/715374/>) em que um dos participantes está infectado pelo vírus do VIH/Sida, sendo o objectivo da festa esse mesmo, o de correr o risco de ser infectado, aumentando assim a adrenalina. Estas festas são frequentadas por homens e mulheres, sobretudo bissexuais. Seria importante analisar as práticas simbólicas de risco e respectivas identificações grupais neste contexto.

³ Cf. também o “*Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA. 2007-2010: um compromisso com o futuro*”, editado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA (2007).

Pretende-se evidenciar como este modelo de aconselhamento e teste do VIH/SIDA se liga a uma estratégia neoliberal de criação de sujeitos auto-conscientes e auto-reguladores que tentam controlar os seus riscos, internalizando um discurso moral sobre a saúde, os riscos e a responsabilidade individual. Sugere-se ainda que este modelo pode, contrariamente aos seus objectivos, levar a um reforço destes rituais de risco e a uma “espiral de ansiedade” sem fim (Crawford, 2004).

RESPECT E RESPECT 2

O projecto RESPECT (RESPECT e RESPECT 2) envolveu, no total, 5876 homens e mulheres, predominantemente de orientação heterossexual, recrutados quando procuravam voluntariamente os serviços de clínicas de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), e VIH negativos.

No primeiro estudo (RESPECT), os participantes foram distribuídos aleatoriamente pelas três condições de prevenção do VIH: duas intervenções de aconselhamento personalizado e interactivo, sendo uma delas uma intervenção breve, composta por duas sessões e outra uma intervenção alargada, composta por quatro sessões; finalmente uma terceira condição de mensagens didácticas de educação para a saúde. As intervenções de aconselhamento breve e alargado são descritas como intervenções individuais face a face, “interactivas” e “focalizadas no cliente” (expressão que, neste contexto, quer dizer “directas e personalizadas”), cujo objectivo é o de “reduzir o elevado risco dos comportamentos sexuais e prevenir a transmissão sexual de novas infecções” (Kamb *et al.*, 1998). Os resultados do RESPECT revelam que os participantes nas condições de aconselhamento breve e alargado relatam significativamente maior uso do preservativo 3 e 6 meses após a intervenção, comparativamente aos participantes da condição didáctica. O número de novas ISTs contraídas pelos participantes das duas condições de aconselhamento é também significativamente menor do que na condição didáctica. Seis meses após a intervenção a percentagem de novas ISTs foi reduzida em 30% nas duas condições de aconselhamento e após 12 meses essa redução manteve-se em 20%. Estes resultados foram similares para homens e mulheres, notando-se um maior impacto da intervenção nos adolescentes (uma diminuição em 45% de novos casos de ISTs) e nas pessoas com IST diagnosticada na visita *baseline* (uma diminuição em 40%).

O RESPECT 2 surge para testar a adequação do aconselhamento à nova realidade dos testes rápidos⁴ e compara dois modelos de aconselhamento – um aconselhamento

⁴ Em 1992 foi licenciado pela Food and Drug Administration dos EUA o primeiro teste rápido para detecção da infecção por VIH. Este teste possibilita um resultado em menos de meia hora e passa assim a permitir que o aconselhamento VIH/SIDA se faça numa única visita, compreendendo 3 fases: um aconselhamento pré-

com teste rápido para detecção do VIH/SIDA, em que o utente faz o teste, é notificado acerca do respectivo resultado e recebe todo o aconselhamento numa mesma visita e um outro modelo em que o aconselhamento é feito em duas sessões com uma sessão de aconselhamento pré-teste, a que se segue a realização de um teste *standard* e um aconselhamento pós-teste no espaço de 1 ou 2 semanas, quando o resultado está pronto. Este estudo testa também o impacto de uma sessão de aconselhamento adicional 6 meses após o teste na redução de risco de infecção nos 6 meses seguintes. Para além disso, compara-se o custo – benefício destes dois modelos de aconselhamento.

Os resultados preliminares deste estudo revelam que: 1) um número substancialmente mais elevado de pacientes, receberam a notificação do seu resultado no teste do VIH, na condição de teste rápido, comparativamente à condição de teste *standard*; 2) no geral, a condição *standard* de 2 visitas está associada a uma menor incidência de ISTs, nos *follow-ups*; 3) a diferença de incidência de ISTs entre as condições diminui ao longo do tempo (Metcalf *et al.*, 2002).

Os modelos teóricos que servem de base ao projecto RESPECT são a teoria da acção reflectida/comportamento planeado e a teoria social cognitiva (Kamb *et al.*, 1998). Trata-se de um modelo de viés racionalista, que coloca a ênfase na auto-responsabilização e no auto-controlo do indivíduo face às pressões do meio e se operacionaliza num protocolo de aconselhamento cognitivo-comportamental, altamente estruturado e directivo.

Apesar desta sustentação teórica, todo o protocolo usa conceitos de uma perspectiva centrada no cliente, nomeadamente as atitudes de aceitação positiva incondicional, autenticidade e empatia. Estas são, todavia, usadas numa perspectiva instrumental, (no sentido de facilitar a relação terapêutica para que depois haja uma responsabilização e colaboração do utente), muito diferente da que é preconizada pela psicoterapia centrada no cliente. Segundo esta, as atitudes do conselheiro/psicoterapeuta e a criação de uma relação terapêutica facilitadora são as condições essenciais para a mudança (Rogers, 1992; 2009).

Por outro lado, a amostra e contexto do estudo RESPECT (sujeitos que procuravam voluntariamente uma clínica de IST nos EUA), limitam a generalização dos resultados, uma vez que este modelo de aconselhamento não foi testado para a população geral. Podemos então colocar a questão da eficácia deste modelo para a prevenção da infecção do VIH na população que procura os serviços desconcentrados dos CAD e CAD móveis no contexto sociocultural português. Mais importante é a análise epistemológica que se pode fazer a este modelo de aconselhamento, e de como este pode contribuir

teste, a realização do teste rápido e um aconselhamento pós-teste. Esse é também o modelo seguido pelos CAD em Portugal.

para legitimar uma governamentalidade liberal na prevenção do VIH/SIDA. É isto que se pretende neste artigo, analisando em particular as consequências ao nível dos rituais contemporâneos de risco e controlo do risco na prevenção do VIH/SIDA.

2. AS NORMAS DA GOVERNAMENTALIDADE LIBERAL NO ACONSELHAMENTO E TESTE VOLUNTÁRIO VIH/SIDA

O liberalismo pode ser visto como forma particular de racionalidade governamental associada ao princípio de eficiência máxima (Foucault, 2010; Best, 2007), que age pela via económica para atingir resultados políticos profundos (Best, 2007). Esta governamentalidade apoia-se em determinadas normas: a definição de padrões globais que funcionam como normas não jurídicas, cuja vinculação às mesmas aparece como consensual; a norma da transparência que é operacionalizada em procedimentos quantificáveis estandardizados; e a norma da propriedade – ‘ownership’ associada a uma ética da autor responsabilização, que vê os Estados (ou os indivíduos) como os responsáveis pelo seu próprio desenvolvimento/subdesenvolvimento.

Estas normas veiculam a ideia de cooperação e de inclusão, criando a ilusão de que ninguém é coagido a adoptar determinado comportamento (por exemplo a usar preservativo ou a realizar o teste da infecção por VIH/SIDA, nem excluído dos cuidados de saúde/sociais). Proponho que existe um paralelo entre as normas da governamentalidade liberal nos domínios político, económico, e das relações internacionais a que se refere Best (2007) e, num domínio microssociopsicológico, o modo como o aconselhamento e teste VIH/SIDA é conceptualizado de acordo com as orientações do Alto Comissariado da Saúde e a Coordenação Nacional para a Infecção por VIH/SIDA. Em primeiro lugar, a ideia de que existem padrões globais consensuais que se devem adoptar acriticamente espelha-se no facto de estas orientações/ esta definição de boas práticas evidenciarem uma importação quase literal do programa RESPECT, não se percebendo quais as adaptações que foram feitas para o contexto português e com base em que estudos. Para além disso, o facto de o teste do VIH/SIDA ser voluntário denota claramente uma estratégia não coerciva/jurídica de controlo, baseada em vez disso em vinculações pretensamente consensuais.

A norma da transparência operacionaliza-se num modelo de aconselhamento directivo e altamente estruturado, assim como no procedimento estandardizado do teste de detecção da infecção por VIH. A norma da propriedade está bem patente em toda a linguagem do aconselhamento que visa a auto-regulação e a responsabilização individual, favorecendo uma consciencialização e um controlo individual dos comportamentos de risco e entendendo este como factor individual e racionalizável.

Este modelo de aconselhamento e teste do VIH/SIDA parece efectivamente apoiar-se numa governamentalidade liberal, veiculando as ideias de inclusão (o CAD está aberto a todas as pessoas que queiram obter aconselhamento e/ou fazer o teste) e cooperação (pela vinculação a padrões globais e pelo carácter voluntário do teste).

3. PODER DISCIPLINAR, BIOPODER E REDUÇÃO DE RISCOS NA PREVENÇÃO DO VIH/SIDA

Foucault descreve duas formas de poder da modernidade liberal: o poder disciplinar que se exerce nos corpos dos indivíduos, através de um processo de individualização e o biopoder que se exerce ao nível da população, através de um processo de massificação. Mas estas formas de poder podem coexistir, sobrepondo-se constantemente. O domínio da sexualidade é, por excelência, o campo da sobreposição e superposição destes dois tipos de poderes e a medicina o tipo de poder-saber que incide simultaneamente sobre os corpos individuais e a população. Vejamos como é que o aconselhamento psicológico VIH, abrangendo questões de mudança de comportamentos sexuais, se pode constituir como forma paradigmática de exercício de poder disciplinar e de biopoder, enquadrado no modelo de redução de riscos. O protocolo de aconselhamento dos CAD é teoricamente fundado num modelo de pessoa que enfatiza a racionalidade, responsabilidade individual e autorregulação e controlo do indivíduo face às pressões do meio. Enquadrado numa estratégia de redução de riscos, este modelo de aconselhamento contribui para o projecto neoliberal de criação de sujeitos autoconscientes e autorreguladores.

Ambas as formas de poder descritas por Foucault estão aqui em acção. Se por um lado se privilegia uma intervenção psicológica individual, cujo objectivo último é a negociação de um plano pessoal de redução de riscos com o cliente, por outro o protocolo extremamente directivo e rígido não permite efectivamente uma intervenção verdadeiramente diferenciada de utente para utente, ou seja, individualiza-se com o objectivo de normalizar, por via da autorregulação. Os CAD e a prevenção do VIH/SIDA estão adstritos à Saúde Pública, uma área prototípica de exercício de biopoder, que, portanto, gere os CAD tendo em consideração a regulação da população, por exemplo, através do controlo epidemiológico e das acções de sensibilização globais.

O aconselhamento e teste rápido são voluntários, o que contribui para que a docilidade dos indivíduos não seja conseguida por meio de coacção, mas por meio de autorregulação, tornando menos visível o poder disciplinar que se exerce desta maneira, através de uma maior visibilidade do indivíduo, que a ele se sujeita. Podemos também observar a presença de cada um dos três dispositivos disciplinares, descritos por

Foucault: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame. Vejamos brevemente cada um deles em acção no aconselhamento VIH/SIDA.

O olhar hierárquico ou vigilância faz-se por meio da internalização de normas relativas ao comportamento sexual protegido. Se o aconselhamento é bem-sucedido, são os próprios indivíduos que se auto-adestram e regulam por iniciativa própria. Daí a influência do modelo cognitivo-social neste protocolo de aconselhamento, com toda a ênfase dada às competências cognitivo-comportamentais de autorregulação do indivíduo. O preservativo implica uma disciplina individual auto-imposta sobre o próprio corpo. Por sua vez, os rituais de risco que esta intervenção potencia, fazem com que a vigilância seja constante nos “casos bem-sucedidos”, ou seja, nos sujeitos autoconscientes e autorreguladores que o poder disciplinar constrói.

A sanção, outro dispositivo disciplinar, também está presente no aconselhamento VIH/SIDA. Está presente por meio de uma diferenciação e individualização do aconselhamento; por meio de uma avaliação dos padrões pessoais de risco do indivíduo e da negociação de um plano pessoal de redução de risco. Este dispositivo da sanção não visa punir, nem reprimir, mas normalizar: “a penalidade perpétua que atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares compara, diferencia, hierarquiza, homogeneiza, exclui. Em uma palavra, ela normaliza” (Foucault, 2001: 153).

O exame, o terceiro dispositivo disciplinar, corresponde, no aconselhamento VIH/SIDA, ao teste para detecção da infecção por VIH e representa a conjugação de dois domínios de poder-saber, a psicologia e a medicina. Para Foucault, o exame resulta dos processos de objectivação e sujeição, manifestando: “a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objectivação dos que se sujeitam” (Foucault, 2001: 154).

Mas a estas formas de poder disciplinar, sobrepõem-se objectivos de saúde pública, cujo objecto não são os indivíduos isolados, mas a população. Entramos então no biopoder, cujos efeitos se fazem sentir nos processos colectivos, da vida de uma população, como é o caso das doenças e das mortes. “Os mecanismos de previdência – ou prevenção –, criados com o biopoder, sinalizam uma preocupação com a optimização da vida e não, percebe-se, uma maximização de forças que a disciplina do poder disciplinar tenta por si assegurar” (Pogrebinschi, 2004: 196).

Os CAD estão integrados numa política nacional de saúde pública e num programa nacional de prevenção da infecção por VIH/SIDA. Os objectivos dos CAD, a prevenção da infecção por VIH e a apoio psicológico a seropositivos, prendem-se efectivamente com uma preocupação com a optimização da vida da população, mas fazem-no através de dispositivos disciplinares individualizantes. A intervenção individual dos CAD reforça as acções globais de sensibilização para o uso do preservativo e estas, por sua vez,

promovem os serviços do CAD. Em suma, as duas formas de poder sobrepõem-se e reforçam-se mutuamente.

4. SIDA E REDUÇÃO DE RISCOS

Esta sobreposição do poder disciplinar e biopoder é legitimada pela lógica de redução de riscos aplicada à prevenção do VIH. Um exemplo disso é a ênfase progressiva da UNAIDS na associação duma estratégia preventiva às ideias de vulnerabilidade e de direitos humanos, e especialmente nos países do “Sul”⁵. A UNAIDS visa assim a implementação de “políticas globais” para “[...] reduzir sustentavelmente novas infecções por VIH, promover e proteger os direitos na resposta à SIDA, abordar a questão da vulnerabilidade das mulheres, jovens mulheres e minorias sexuais, e aumentar a eficiência do programa a todos os níveis através de uma integração sistémica”. O risco é enquadrado no âmbito destas políticas globais e associada ao discurso ocidental sobre direitos humanos e igualdade de género.

A retórica de “participação comunitária” e desenvolvimento de “respostas nacionais” ou “recursos diferenciados e localmente adaptados” (UNAIDS, 2005) parece assim ser contrariada por uma abordagem globalizante fundada em normas ocidentais. O contexto local, visto em termos de normas, práticas, crenças e mitos, é nesta perspectiva, considerado como um obstáculo à prevenção do VIH, reforçando a ideia de autocontrolo individual face às pressões do meio, consistente com as teorias da acção reflectida/comportamento planeado e teoria social cognitiva. “Não nos podemos esquecer das barreiras pessoais à mudança comportamental e à adopção de comportamentos seguros. Estas são frequentemente fundadas em factores económicos e sociais, tais como pobreza, género e normas culturais” (*ibidem*: 15).

Deste modo, ao objectivo de “intensificar a prevenção” aumentando a sua escala e amplitude (UNAIDS, 2005), associa-se e sobrepõe-se uma individualização da conceptualização do risco ao nível micro. A nova terminologia adoptada pela UNAIDS (2011) expressa essa individualização do risco, que, em última análise, o considera como uma questão de autoresponsabilização e autocontrolo individual:

O risco é definido como o risco de exposição ao VIH ou a probabilidade de uma pessoa adquirir a infecção por VIH. Alguns comportamentos criam, aumentam e perpetuam esse risco. Comportamentos, não a pertença a um grupo, colocam os

⁵ Esta associação é operacionalizada na criação de uma Divisão da UNAIDS dedicada à Prevenção, Vulnerabilidade e Direitos, que visa a prossecução dos Objectivos Desenvolvidos do Milénio, nomeadamente, o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio na área do VIH/SIDA.

indivíduos em situações de possível exposição ao VIH. Evite usar as expressões ‘grupos em risco’ ou ‘grupos de risco’. As pessoas cujos comportamentos as podem colocar numa situação de maior risco de exposição ao VIH não se identificam necessariamente com nenhum grupo em particular (UNAIDS, 2011: 19)

A substituição da ideia de grupos de risco por factores de risco, que marca a 3ª conjuntura na securitização do VIH/SIDA, não acabou com a estigmatização de determinados grupos, que antes eram designados como grupos de risco e são agora vistos como acumulando factores de risco (Elbe, 2008: 180). Mais importante, a abordagem geral e individualizante do risco na prevenção do VIH pode contribuir para mascarar a legitimação de velhas e novas categorias de identidades que associam sujeitos/comunidades a um maior risco de VIH. Exemplos de antigas categorias são “homens que fazem sexo com outros homens”, “pessoas que injectam drogas”, “trabalhadores do sexo e seus clientes” surgindo agora sob a nova denominação de “populações chave” ou “populações chave a um maior risco de exposição ao VIH” (UNAIDS, 2011: 14). Por outro lado, surgem agora novas categorias como as de “*migrant worker*” e “*mobile worker*” (*ibidem*), indícios de um ênfase progressivamente securitizante das políticas da UNAIDS.

A categoria das 'populações chave a um maior risco de exposição ao VIH', difere da ideia de vulnerabilidade. Esta última inclui vulnerabilidade individual e colectiva e parece aproximar-se duma victimização de certos grupos e culturas, o que justificaria uma intervenção psicossocial, quer a nível individual, quer a nível social/cultural, evidenciando novamente a sobreposição dos mecanismos de poder disciplinar e biopoder.

[...] A vulnerabilidade refere-se a desigualdade de oportunidades, exclusão social, desemprego ou emprego precário e outros factores sociais, culturais, políticos e económicos que tornam uma pessoa mais susceptível à infecção pelo HIV e à SIDA. Os factores subjacentes à vulnerabilidade podem reduzir a capacidade dos indivíduos e das comunidades para evitar o risco de HIV e podem estar fora do controlo dos indivíduos. Esses factores podem incluir: falta de conhecimento e habilidades necessárias para se proteger a si e aos outros, a acessibilidade, qualidade e cobertura dos serviços e factores sociais, tais como violações de direitos humanos ou as normas sociais e culturais. Essas normas podem incluir práticas, crenças e leis que estigmatizam e enfraquecem certas populações, limitando a sua capacidade de acesso a prevenção, tratamento, cuidados e serviços de apoio e artigos necessários. Esses fatores, isoladamente ou em

combinação, podem criar ou agravar a vulnerabilidade individual e coletiva ao HIV. (UNAIDS, 2011: 24)

Relativamente aos factores da vulnerabilidade individual, estes são associados à falta de informação, e de competências – por exemplo, para negociar práticas de sexo mais seguras e à falta de preservativos disponíveis. Desta identificação, resulta uma estratégia preventiva que passa por acções de sensibilização globais, com vista a colmatar a falta de informação; a disponibilização de preservativos à população, e intervenções de aconselhamento e teste individual. Estas últimas podem passar pela abordagem ABC,⁶ que promove a abstinência, fidelidade e uso correcto e continuado do preservativo, evidenciando o pendor claramente moralista da intervenção. Embora a formação sobre aconselhamento VIH/SIDA que é dada aos profissionais dos CAD não refira a estratégia ABC, acentuando, pelo contrário, a importância de o conselheiro não efectuar juízos de valor acerca do utente e dos seus comportamentos e estilo de vida, o protocolo de aconselhamento pode, implicitamente, validar esta perspectiva, senão na questão da abstinência e fidelidade, claramente na questão do preservativo. E, nos casos em que o comportamento de risco se prende com uma relação extra-conjugal, tende a observar-se⁷ um processo de auto-culpabilização por parte do indivíduo que procura o CAD para fazer o teste do VIH. A questão que coloco é em que medida o protocolo de aconselhamento pode contribuir para reforçar tal processo de auto-culpabilização, a culpa como caminho para a responsabilização pessoal, aliás uma estratégia terapêutica muito usada nas psicoterapias de pendor religioso que tratam diversas adições, como o conhecido modelo dos 12 passos (AA, 2001).⁸

Em suma: colocando a tónica numa conceptualização individualizante de risco, associada a uma política global de 'intensificação' prevenção do VIH/SIDA, a lógica da redução de riscos aplicada ao VIH/SIDA legitima o exercício e invisibilização dos dispositivos de poder disciplinar e biopoder, tanto a um nível macro, de prossecução dos Objectivos do Milénio e de políticas globais implementadas no 'SUL', e a um nível micro, de aconselhamento individual voluntário, em Portugal.

⁶ “The ABC approach (Abstain, Be faithful, and correct and consistent use of Condoms)”.

⁷ Falo da minha experiência pessoal prévia como técnica de um CAD.

⁸ Sobretudo o 4º e 5º passos do modelo envolvem a elaboração de um inventário moral dos defeitos de carácter e erros cometidos e a partilha deste com outra pessoa (normalmente o patrocinador), assim como a admissão destes erros e defeitos de carácter perante Deus. Algumas das críticas a este modelo incidem exactamente no seu carácter espiritual/religioso e comparam a comunidade dos 12 passos a um culto, uma ideologia ou uma subcultura. Por exemplo, Holleran e MacMaster, (2005; 111, tradução livre da autora), consideram o programa dos 12 passos “[...] uma cultura única, não tendo somente um impacto no comportamento aditivo dos membros, mas em múltiplos domínios da sua existência e identidade, dentro e fora do programa”.

5. CONCLUSÃO

Sugeri que este modelo de aconselhamento e teste do VIH/SIDA reflecte uma tentativa social e neoliberal de criação de sujeitos auto-conscientes e autorreguladores que tentam controlar os seus riscos, internalizando um discurso moral sobre a saúde, os riscos e a responsabilidade individual. Mas estes sujeitos, quanto mais informados e conscientes dos riscos estão, mais dúvida, confusão e ansiedade sentem, entrando muitas vezes numa espiral de ansiedade de controlo (Crawford, 2004) sem fim à vista. A ansiedade do controlo alia-se a uma individualização e culpabilização pessoal, que as intervenções médico-psicológicas baseadas na redução de riscos tendem a acentuar, em vez de diminuir (*ibidem*). De facto, a este “ritual de risco” associa-se uma desconfiança nos profissionais de saúde e respectivas tecnologias, o que faz com que um resultado negativo não seja recebido com alívio, mas com uma desconfiança acerca da fiabilidade do teste, das competências do técnico, etc., que, por sua vez, leva à procura de outra intervenção e/ou teste, num processo interminável de tentativa de controlo desse risco por meio de sujeição a exames ou testes médicos e procura da informação mais actualizada. Esta desconfiança nos profissionais médicos é também uma característica da obsessão contemporânea com a saúde e da concomitante proliferação do conhecimento leigo sobre biomedicina, assim como sobre medicinas alternativas, possibilitado pelas novas tecnologias, que ao mesmo tempo que revela a nossa dependência dos peritos (Crawford, 2004), se associa a um desafio da relação entre perito e leigo, médico e paciente (Greenhalgh e Wessely, 2004).

O meu argumento é o de que, seguindo este protocolo de aconselhamento e teste VIH, o profissional de saúde está a contribuir para estes rituais de risco. Podem efectivamente considerar-se estes rituais como cadeias específicas de interacção entre utente e conselheiro, médico e doente, à semelhança da proposta de Collins (2009) sobre “cadeias de rituais de interacção”. Mas neste sentido seriam ainda assim ineficazes, pois é discutível que levem aos efeitos descritos por Collins: solidariedade grupal, “energia emocional”, ou sentimento de confiança e iniciativa para a acção; reverência a determinados símbolos e sentimentos de moralidade (*ibidem*: 73). Parece mais congruente com esta interacção a proposta de Crawford (2000), segundo a qual estes rituais de risco são uma tentativa de resolver a ambivalência da modernidade entre controlo e prazer: “[...] o ritual evidencia um dilema entre o virtuoso “dever” e o “compensatório” ou merecido por “direito” querer – que também é prescritivo – entre um ego capaz de auto-negação e um ego que não devia e ultimamente não será negado” (227). O ritual seria uma tentativa de restabelecer a coerência, em congruência com as práticas regulatórias prescritas. Mas ao mesmo tempo, o ritual de risco ameaça essas

mesmas práticas regulatórias ao evidenciar as falhas do modelo de racionalidade do risco (Crawford, 2004: 515).

Mesmo que os psicólogos conselheiros dos CAD não façam juízos de valor, procurando mostrar ao utente que não estão ali para julgar ou censurar ninguém, nem para coagir ninguém a usar preservativo porque essa é, alegadamente, a atitude responsável e mais segura para todos, existem nos CAD preservativos para distribuir e é esse um dos principais objectivos destes centros: fomentar a mudança de comportamentos no sentido das relações sexuais protegidas. É, por isso, dever dos técnicos do CAD perguntar se o utente pretende levar preservativos ou, pelo menos, informá-los de que estes estão à sua disposição. Este objectivo de promoção da “sexualidade segura”, veiculada também pelas acções de sensibilização na televisão e pela publicidade de exterior, é claríssimo para os utentes. E, enquanto agenda *a priori* do aconselhamento, é, na minha opinião, inconsistente com uma atitude de aceitação incondicional positiva, independentemente de todos os esforços do técnico para tal. O técnico do CAD não tem necessidade de dizer ‘use preservativo’, quando todo o protocolo, (assim como os cartazes na parede), o dizem por ele e sugerem que o contrário é irracional e irresponsável. Esta agenda *a priori* transforma a relação terapêutica e torna particularmente claros os dispositivos de poder descritos por Foucault. Outra questão importante é em que medida um aconselhamento deste género promove efectivamente a autonomia, para que a pessoa consiga mudar realmente o seu comportamento futuro. Porque negociar racionalmente um plano pessoal de redução de riscos sobre questões tão complexas, emocionais e relacionais como as relações amorosas, de intimidade e sexuais, por proposta e orientação do conselheiro, para além de ser uma orientação altamente directiva e cognitivo-comportamental, parece assemelhar-se a um ensaio num simulador, que simplifica enormemente a realidade. Noutros países, como a Dinamarca, o pendor moralista do aconselhamento torna-se particularmente visível na questão da notificação obrigatória da seropositividade/SIDA aos antigos parceiros pelo conselheiro, caso o utente se recuse a fazê-lo.

O foco deste modelo de redução de risco é o indivíduo enquanto ser racional e responsável e a capacidade do conselheiro em seguir à risca o plano da sessão previamente delineado constitui o modelo da responsabilidade e racionalidade.

Proponho pensarmos conceptualizações alternativas do risco, que considerem também as relações de poder, os grupos sociais, as emoções, os relacionamentos interpessoais, etc. Para isso é importante a realização de estudos qualitativos, para além dos habituais inquéritos quantitativos. Um modelo de aconselhamento alternativo deverá incluir maior e melhor escuta activa, em vez de se centrar tanto na normalização de

comportamentos. Proponho um modelo de aconselhamento não directivo, que conceptualize a sexualidade como parte de uma relação complexa, afectiva e social.

Parece-me ainda interessante a proposta de Gunder (2008), de que uma concepção alternativa de risco deverá partir de uma aceitação existencial do que é novo e desconhecido, inesperado, como oportunidade de crescimento e não como início da espiral de ansiedade de controlo e controlo de ansiedade que Crawford tão bem descreve. Gunder sugere que esta concepção alternativa de risco pode ultrapassar a ansiedade da segunda modernidade tal como Beck a descreveu, mas apenas desde que conciliada com uma nova ética de “cuidado incondicional para com o outro” (Gunder apoia-se em Derrida) e de responsabilidade global. Esta conceptualização é compatível com um modelo de personalidade da abordagem centrada na pessoa (Rogers, 2009) que preconiza uma progressiva abertura à experiência, assim como um modelo de aconselhamento/psicoterapia como encontro existencial em que empatia é também o risco de uma viagem para o desconhecido, sem expectativas nem agendas *a priori* (Schmid, 2001) e em que a aceitação positiva incondicional é uma condição necessária para a mudança terapêutica.

Concordo ainda com Gunder (2008), quando este afirma que uma segunda modernidade, ou modernidade reflexiva, na concepção de Beck, não é necessariamente desejável; o que importa é uma crítica da modernidade que preserve os seus aspectos positivos e rejeite os seus traços hegemónicos.

EUNICE SEIXAS

Psicóloga, licenciada (especialização em Psicologia e Saúde) e mestre (especialização em Psicologia Social) pela FPCE da UP. Trabalhou como psicóloga clínica, na investigação e na docência. Presentemente está afiliada ao CES-FEUC, onde desenvolve investigação no âmbito do seu projecto de doutoramento, financiado pela FCT, sobre assistência internacional à democratização na Federação Russa e na Bósnia-Herzegovina. Tem publicado vários *working papers* e artigos em actas de congressos e revistas científicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcoholics Anonymous (2001), *Alcoholics Anonymous* (4th ed.). Alcoholics Anonymous World Services, consultado em 30/03/2011, disponível em:
http://www.aa.org/bigbookonline/en_tableofcnt.cfm [1ª ed. 1939].
- Best, Jacqueline (2007), “Why the Economy is Often the Exception to Politics as Usual”, *Theory, Culture & Society*, 24 (4), 87-109.

- Carballo-Diéguez, A. ; Ventuneac, A. ; Bauermeister, J. ; Dowsett, G. W. , Dolezal, C. , Remien, R. H. ; Balan, I.; Rowe, M. (2009), "Is 'Bareback' a Useful Construct in Primary HIV-Prevention? Definitions, Identity and Research", *Culture, Health & Sexuality*, 11(1), 51- 65.
- Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA (2008), *Protocolo de Aconselhamento: Manual de Boas Práticas*.
- Crawford, Robert (1980), "Healthism and the Medicalization of Everyday Life", *International Journal of Health Services*, 10 (3), 663-680.
- Crawford, Robert (2000), "The Ritual of Health Promotion", in Simon Johnson Williams, Jonathan Gabe e Michael Calnan (orgs.), *Health, Medicine and Society: Key Theories and Future Agendas*. London/New York: Routledge, cap. 11, 219-235.
- Crawford, Robert (2004), "Risk Ritual and the Management of Control and Anxiety in Medical Culture", *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 8 (4), 505-528.
- Durkheim, Émile (1912), *Les formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie*. Paris: F. Alcan [5.^a ed.: PUF, 1968].
- Elbe, Stephan (2008), "Risking Lives: AIDS, Security and Three Concepts of Risk", *Security Dialogue*, 39 (2-3), 177-198.
- Foucault, Michel (2001), *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Foucault, Michel (2010), *Nascimento da Biopolítica*. Lisboa: Edições 70 Lda. [ed. orig. Seuil/Gallimard, 2004].
- Goffman, Erving (1967), *Interaction Ritual: Essays on Face-to-Face Behavior*. New York: Anchor Books.
- Greenhalgh, Trisha; Wessely, Simon (2004), "'Health for Me': A Sociocultural Analysis of Healthism in the Middle Classes", *British Medical Bulletin*, Vol. 69, 197-213.
- Gunder, Michael (2008), "Ideologies of Certainty in a Risky Reality: Beyond the Hauntology of Planning", *Planning Theory*, 7(2), 186-206.
- Holleran, Lori K.; MacMaster, Samuel A. (2005), "Cultural Competent Practice with 12-Step Groups", *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23(4), 107-120.
- Kamb, Mary L.; Fishbein, Martin; Douglas, John M. Jr. et al. (1998), "Efficacy of Risk-Reduction Counselling to Prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases: A Randomized Controlled Trial", *Journal of the American Medical Association*, 280(13), 1161-67.
- Lupton, Deborah (1995), *The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body*. London: Sage.
- Metcalf, Carol; Cross, Helen; Dillon, Beth; Douglas, John; Malotte, C. Kevin, Young, Paul; Lindsey, Catherine; Peterman, Tom, for the RESPECT-2 Study Group (2002), "Randomized Controlled Trial of HIV Counseling with Rapid and Standard HIV Tests (RESPECT-2) Preliminary Results". Oral presentation at the 2002 National STD Prevention Conference. March 4–7, San Diego, CA, consultado em 30/03/2011, disponível em:

<http://www.cdc.gov/hiv/topics/research/respect-2/bibliography/pdf/STD%20Prev%2002%20oral.pdf>.

- Moskowitz, David A.; Roloff, Michael E. (2007), "The existence of a bug chasing subculture", *Culture, Health & Sexuality*, 9(4), 347-357.
- Palmisano, Joseph M. (org.) (2001), *World of Sociology*, vol. 2 N-Z. Detroit, USA: Gale Group.
- Payne, Michael (org.) (1996), *A Dictionary of Cultural and Critical Theory*. Oxford: Blackwell.
- Pogrebinschi, Thamy (2004), "Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder", *Lua Nova*, 63, 179-201.
- Riggs, Damien W. (2006), "'Serosameness' or 'Serodifference'? Resisting Polarized Discourses of Identity and Relationality in the Context of HIV", *Sexualities*, 9(4), 409-422.
- Rogers, Carl (1992), "The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 827-832.
- Rogers, Carl (2009), *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Schmid, Peter F. (2001), "Comprehension: The Art of Not-Knowing. Dialogical and Ethical Perspectives on Empathy as Dialogue in Personal and Person-Centred Relationships", in Sheila Haugh e Tony Merry (orgs.), *Rogers Therapeutic Conditions: Evolution, theory and practice*. Vol. 2: Empathy. Ross-on-Wye, UK: PCCS, 53-71.
- UNAIDS (2005), *Intensifying HIV Prevention: A UNAIDS Policy Position Paper*. UNAIDS/05.18E (English original, August 2005), consultado em 29/03/2011, disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub06/jc1165-intensif_hiv-newstyle_en.pdf
- UNAIDS (2011), *UNAIDS Terminology Guidelines* (January 2011), consultado em 23/03/2011, disponível em: http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1336_unaids_terminology_guide_en.pdf.